|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Numer wniosku:……………………… | Numer zaświadczenia:…………………... | Numer teczki:……………………….. |

Warszawa, dn. .......................................

………………………………………………………

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

…………………………………….

(nr telefonu)

**Poradnia Psychologiczno Pedagogiczna nr 22**

**ul. Malownicza 31 w Warszawie**

**WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA**

**W sprawie:** (Należy wybrać j**edno** z poniższych, uzupełnić i zaznaczyć znakiem ,,x’’ w drugiej kolumnie)

|  |  |
| --- | --- |
| Uczestnictwa w zajęciach prowadzonych w poradni nazwa……………………………………………..specjalista prowadzący……………………………………….. |  |
| Uczestnictwa w badaniach diagnostycznych prowadzonych w poradni  nazwa……………………………………………..specjalista prowadzący……………………………………………..  . |  |
| W innej sprawie (Jakiej?) |  |

**Dane osoby, której zaświadczenie dotyczy:** (Należy wypełnić drukowanymi literami.)

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| Numer PESEL |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Pełna nazwa placówki, do której uczęszcza (żłobka, przedszkola/szkoły) |  |
| Adres placówki, do której uczęszcza (żłobka/przedszkola/szkoły) |  |
| Oznaczenie grupy wiekowej (np. 3-latki) lub klasy (np. 1a) |  |

Zaświadczenie jest mi potrzebne w celu*:..........................................................................................................*

Oświadczam, że wniosek składam i podpisuję w imieniu obojga rodziców/prawnych opiekunów*.*

*................................................................*

*(*czytelny podpis wnioskodawcy)

**Informacja administratora danych:**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej Rozporządzenie) Dz. Urz. UEL nr 119/1:

* + - 1. Administratorem danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczną nr 22 z siedzibą w Warszawie przy ul. Malowniczej 31.
      2. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust 2 lit. g Rozporządzenia w związku z przepisami prawa oświatowego w celu wydania opinii.
      3. Dane osobowe będą udostępnianie odbiorcom upoważnionym tylko na podstawie i w granicach przepisów prawa.
      4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres przeprowadzania procesu diagnostycznego oraz przechowywane w poradni w formie elektronicznej i dokumentacji tradycyjnej tj. w indywidualnej teczce pacjenta, przez okres określony w instrukcji kancelaryjnej, zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt.
      5. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści podanych danych osobowych oraz ich sprostowania zgodnie z art. 15-17 Rozporządzenia.
      6. Osobie podającej dane osobowe przysługuje prawo wniesienia skargi do: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
      7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niepodjęcie działań przez poradnię w zakresie przeprowadzenia badań diagnostycznych i wydania stosownych dokumentów*.*

Pełna informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych dostępna jest w siedzibie poradni.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższą informacją. ….…………………………………………….

*(*czytelnypodpis wnioskodawcy)